UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1947-1948 — N° 145

LA FORME HÉMORRAGIQUE DE LA DIVERTICULITE DU CÔLON ILIO-PELVIEN

TRAVAIL DE LA CONSULTATION GASTRO-ENTÉROLOGIQUE
(Professeur agrégé J. DUBARRY)
DE LA CLINIQUE MÉDICALE DU PROFESSEUR DUPÉRIÉ

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 16 Juillet 1948

PAR

Jean-Eugène DELAPORTE

Né à Paris, le 17 Juin 1920

Examinateurs de la Thèse :

MM. DUPÉRIÉ, professeur ..... *Président*
CREYX, professeur .....
DUFOUR, professeur..... *Juges*
DUBARRY, agrégé.....

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
3, PLACE DE LA VICTOIRE

1948

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536526_0083

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1947-1948 – N° 145

LA FORME HÉMORRAGIQUE DE LA DIVERTICULITE DU CÔLON ILIO-PELVIEN

TRAVAIL DE LA CONSULTATION GASTRO-ENTÉROLOGIQUE
(Professeur agrégé J. DUBARRY)
DE LA CLINIQUE MÉDICALE DU PROFESSEUR DUPÉRIÉ

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 16 Juillet 1948

PAR

Jean-Eugène DELAPORTE

Né à Paris, le 17 Juin 1920

Examinateurs de la Thèse :

MM. DUPÉRIÉ, professeur ..... *Président*
CREYX, professeur .....
DUFOUR, professeur..... *Juges*
DUBARRY, agrégé.....

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
3, PLACE DE LA VICTOIRE

1948

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DUPÉRIÉ — **ASSESSEUR** : M. CHELLE

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	DUPÉRIÉ / CREYX
Clinique chirurgicale et gynécologique	CHARRIER
Clinique chirurgicale	PAPIN
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY
Anatomie	VILLEMIN
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL
Hygiène	PIÉCHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	CHELLE
Botanique et matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN

	MM.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS
Médecine expérimentale	AUBERTIN
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LOUBAT
Clinique des maladies infectieuses	DAMADE
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL : M. GIRARD.

PROFESSEURS SANS CHAIRE : MM. PERRENS (Maladies mentales), DUFOUR (Anatomie), MESNARD (Pharmacie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Physiologie	N...
Médecine générale	BROUSTET / SARIC / DUBARRY / J. TRAISSAC / BERGOUIGNAN
Chirurgie générale	MASSÉ / MAGENDIE / POUYANNE / LAUMONIER / CHAVANNAZ

	MM
Obstétrique	MAHON
Ophtalmologie	BESSIÈRE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Chimie médicale	TAYEAU
Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	N...
Histoire naturelle médicale et parasitologie.	N...
Histologie	MAYER.
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Electro-radiologie	LACHAPÈLE
Odonto-stomatologie	MARONNEAUD

MAITRE DE CONFÉRENCES :

Physique pharmaceutique ..... M. BLANQUET.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	MASSÉ
Accouchements	N
Puériculture	PÉRY
Zoologie et parasitologie	N...
Urologie	N
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI
Ophtalmologie	N...
Anatomie	RIGAUD
Chimie minérale	N...

	MM.
Botanique	GIRARD
Cryptogamie	GIRARD
Pharmacie galénique	MESNARD
Bactériologie	MOUREAU
Physiologie	Mlle ROUGIER
Chimie biologique	N...
Parasitologie et biologie appliquées	PAUTRIZEL
Pathologie chirurgicale	LAUMONIER
Electro-radiologie	CAILLON

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MA FEMME

A MES BEAUX-PARENTS

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. J. DUBARRY

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

Qui nous a inspiré ce travail, nous en a fourni les observations et nous a guidé de ses conseils.
Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance.

A NOS JUGES

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. DUPÉRIÉ

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CHEVALIER DE L'ORDRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.
En témoignage de notre profonde
gratitude.

LA FORME HÉMORRAGIQUE
DE LA
DIVERTICULITE DU CÔLON ILIO-PELVIEN

INTRODUCTION

Le diagnostic d'entérorragie est en général aisé. L'hémorragie de sang rouge, qu'elle soit abondante ou non, est facile à reconnaître, et le diagnostic différentiel d'avec des hématuries ou d'avec une métrorragie ne présente pas de difficultés.

Le melæna est, lui aussi, d'un diagnostic relativement simple, une fois éliminées comme source d'erreur, certaines selles hypercolorées par la stercobiline ou bien des selles noires résultant de l'ingestion de bismuth, de charbon, de fer ou de certains aliments.

En cas de doute, les examens de laboratoire apporteront les précisions indispensables.

Par contre, les causes de ces hémorragies par l'anus, qui peuvent être abondantes et graves, sont particulièrement nombreuses, et leur détermination est souvent très difficile.

Leur importance respective est variable; certaines sont particulièrement rares et l'on n'y songe qu'après avoir éliminé les plus courantes.

En outre, il convient de faire une différence entre les entérorragies d'origine haute, celles prenant naissance au niveau du grêle et, enfin, celles d'origine basse.

Entérorragies d'origine haute

Elles se manifestent le plus souvent par du melæna, à l'exclusion d'une forme exceptionnelle des ulcères duodénaux ou des ulcères peptiques jéjunaux postopératoires qui est caractérisée par une hémorragie catalysmique aboutissant à une émission de sang rouge par l'anus.

Le plus souvent, l'ulcère se manifeste par du melæna. Les néoplasmes de la partie haute du tube digestif ne sont pas fortement hémorragiques. Ils donnent plutôt lieu à une petite hémorragie continue, décelable seulement à l'examen chimique des selles.

Une cause importante réside dans les altérations du foie, soit cirrhose hypertrophique soit, le plus souvent, cirrhose atrophique, chez des malades généralement à la période de début de l'affection, alors que le diagnostic est malaisé.

Toutes les splénopathies, quelle qu'en soit la nature, peuvent causer des hémorragies digestives, splénopathies parfois associées à de petits signes hépatiques ou sanguins. La gastrorragie est souvent un symptôme précoce, symptôme signal des maladies de la rate, indépendant du volume, de la consistance et de la contractilité de l'organe malade, en particulier dans la maladie de Banti.

Plus rarement, des troubles de la crase sanguine peuvent être à l'origine d'hémorragies digestives : forme gastrique de l'hémophilie. L'hémogénie peut parfois être en cause; de même l'angiomatose de Rendu-Osler.

Exceptionnellement, le mal de Bright peut donner des phénomènes analogues avec souvent hématémèse importante et melæna secondaire.

L'appendicite chronique et la cholécystite, en provoquant des poussées de gastropylorite aiguë, peuvent être cause d'hémorragie.

Plus rarement, l'hémorragie sera causée par de la gastro-duodénite, et moins souvent encore la cause sera une syphilis gastrique, et exceptionnellement un abcès.

Entérorragies provenant du grêle

Elles sont rares.

Elles peuvent être dues à des tumeurs, le plus souvent carcinomes ou sarcomes, parfois polypes, très rarement angiomes.

Les ulcères du diverticule de Meckel se manifestent de façon spectaculaire par des hémorragies importantes et graves, notamment dans l'enfance.

Les occlusions intestinales, principalement les invaginations (presque toujours symptomatiques chez l'adulte d'une tumeur bénigne ou maligne), plus rarement l'étranglement herniaire ou le volvulus donnent des hémorragies intestinales.

La dothienenterie est une source fréquente, de diagnostic aisé, d'entérorragie.

Par contre, les hémorragies de la tuberculose intestinale, au début (hémoptysie intestinale), sont plus rares et de diagnostic plus difficile.

Les poussées d'hypertension, chez des sujets artério-scléreux, pourront aboutir à des entérorragies, véritables épistaxis intestinaux.

Nous avons encore les formes hémorragiques des maladies infectieuses, certaines intoxications (phosphorismes), les brûlures étendues qui peuvent provoquer des pertes de sang par l'anus, par ulcération duodénale, semble-t-il.

Entérorragies basses, coliques et rectales

Celles-ci se manifesteront par des émissions de sang rouge. La cause la plus fréquente est sans conteste la présence d'hémorroïdes internes, soit qu'elles s'exulcèrent, soit du fait de rectite ou d'anite hémorroïdaire.

Viennent ensuite les affections tumorales, bénignes ou malignes : polypes chez l'enfant, polypose recto-colique généralisée chez l'adulte qui, presque toujours, devient cancéreuse et saigne particulièrement dans ce cas.

Une cause importante réside dans l'affection si grave qu'est la recto-colite hémorragique qui, dans sa forme hémorragique pure, aboutit à l'émission d'un nombre parfois considérable de selles plus ou moins abondantes constituées par du sang pur, rouge vif, ou brun, à demi-coagulé.

La dysenterie amibienne est souvent cause de présence de sang dans les selles, sans qu'il y ait cependant entérorragie vraie.

Enfin, certaines malformations du côlon, telles que méga- ou dolichocôlon, peuvent être à l'origine d'entérorragies rouges.

L'intoxication mercurielle est parfois en cause, donnant une recto-colite dysentériforme à prédominance hémorrágique.

Cependant, on peut observer des hémorragies d'origine colique qui présentent un aspect et un pronostic particuliers.

On observe parfois, en effet, assez rarement cependant, des entérorragies abondantes, pouvant, par leur importance, créer un état de choc et d'anémie aiguë, le tout suivi en général d'une guérison rapide qui n'est cependant pas la règle. L'enquête étiologique faite alors ne peut mettre en évidence aucune des causes courantes d'hémorragie.

C'est à l'étude de ces phénomènes que nous allons essayer d'apporter un certain nombre de précisions.

Monsieur le Professeur agrégé Dubarry a bien voulu nous communiquer les observations qui sont à la base de ce travail, et nous aider de ses précieux conseils.

Qu'il nous permette de lui apporter ici l'expression de notre profonde gratitude.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

« A côté des faits où l'entérorragie survenant au cours d'une affection connue est aussitôt rapportée à sa cause, il en est d'autres où l'émission de sang par l'anus constitue l'accident primitif que rien n'annonçait et que, souvent, rien n'explique au premier abord. »

CAIN commençait ainsi un article, dans le *Progrès Médical,* consacré à l'étude rapide de ces entérorragies primitives.

GUTMANN, étudiant les entérorragies, dans une statistique portant sur une centaine de cas, ne peut faire de diagnostic étiologique vingt fois sur cent, forte proportion, confirmée d'ailleurs par les travaux de SHAW, rapportés dans *The Lancet* (août 1933).

Or, un certain nombre de ces cas particulièrement difficiles, où l'étiologie reste mystérieuse, nous semble pouvoir être rapporté à la présence de diverticules au niveau de la portion terminale du gros intestin. C'est ce que nous nous proposons de montrer par l'étude de six observations personnelles.

Ces hémorragies solitaires, survenant chez des porteurs de diverticules sigmoïdiens, sont, à notre avis, beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pense, parmi des cas dits cryptogénétiques. Des examens radiologiques, pratiqués dans des conditions que nous expliquerons, arrivent souvent à mettre en évidence ces diverticules.

Déjà Wagner, dans une thèse inspirée de Gutmann, avait attiré l'attention sur cela en 1936, et avait réussi à en présenter une quinzaine d'observations trouvées dans la littérature, la première publication de phénomènes entérorragiques liés à la présence de diverticules intestinaux ayant été faite par Koch, en 1903.

Olivier, consacrant, en 1937, une thèse à l'étude des entérorragies solitaires d'origine colique, avait, lui aussi, étudié ce problème.

Sur les vingt-neuf malades examinés par lui, cas observés dans le Service du Docteur Cain, ces hémorragies solitaires sont rapportées à des lésions du gros intestin dans les proportions suivantes :

a) Dans seize cas, les examens révèlent un dolichocôlon avec prédominance de l'anomalie au niveau du sigmoïde.

b) Sept cas peuvent être rapportés à une inflammation de la même portion sigmoïdienne.

c) Enfin, sept malades présentaient, au niveau de leur côlon sigmoïdien, un nombre plus ou moins considérable de diverticules qui sont mis en évidence par la radiographie.

Rien d'autre ne peut être relevé chez aucun de ces malades, si ce n'est, chez l'un d'entre eux, un léger allongement du temps de saignement qui ne peut expliquer l'intensité des hémorragies observées.

La rectoscopie, pratiquée chez quelques-uns de ces malades au moment de la perte sanguine, mettait en évidence un saignement en nappe de la muqueuse, sans aucune lésion apparente, avec augmentation du phénomène au moindre contact.

Dans une de ses cliniques, en 1937, Lœper signalait l'existence d'hémorragies intestinales d'origine diverticulaire et en apportait une observation.

Baudot, de Toulouse, en signalait un cas en 1937. De même, MM. Germain, Le Gallou et Morvan, en 1938, apportent une observation d'entérorragie rouge à la suite d'une

purgation chez un porteur de diverticules et insistent sur la rareté du phénomène.

R. Renaux, dans un article du *Document Médical* consacré aux diverticules de l'intestin, en donne deux cas.

Dans un ouvrage consacré aux diverticules du côlon iliopelvien, Louis Prat, P. Prat et V. Paschetta consacrent quelques pages aux formes hémorragiques de la *diverticulite*.

Eux aussi attirent l'attention sur le fait que, dans certains cas, chez des malades présentant des hémorragies intestinales parfois suivies, assez brièvement d'ailleurs, de melæna, la rectoscopie ne peut mettre en évidence aucune des causes ordinaires de perte de sang rouge par l'anus. Seul l'examen radiographique, pratiqué très soigneusement, après lavement ou transit intestinal, met en évidence, sur le trajet du côlon, des diverticules plus ou moins nombreux.

D'après eux, ces diverticules seraient très souvent cause de telles hémorragies dont on n'arrivait pas, auparavant, à faire le diagnostic étiologique, et qui restaient inexpliquées.

Nous rapportons ici six observations de malades présentant des entérorragies rouges, où la seule anomalie, après diverses investigations, était la présence de diverticules coliques. Y a-t-il simplement coïncidence ou relation de cause à effet ? C'est ce que nous allons essayer de discuter.

Ces observations, que nous a communiquées aimablement M. le Professeur agrégé Dubarry, vont nous permettre d'insister sur les aspects cliniques de ces hémorragies, sur leur diagnostic positif et différentiel, sur leur traitement et la conduite à tenir et, enfin, sur leur pronostic proche et lointain.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Observation I

M. Cast..., soixante-neuf ans.

En octobre 1943, un soir, en pleine santé apparente, après un repas normal, sans aucun signe permettant de soupçonner ce qui allait se passer, le malade tombe en lisant son journal, s'effondre, a une syncope qui est d'ailleurs de courte durée; il revient vite à lui.

On attribue tout d'abord ces troubles à une origine cardiaque. Les selles, dans les jours suivants, sont constituées par du sang à demi-digéré et des caillots.

Le malade reste fatigué, malgré un appétit conservé, il n'a aucune intolérance alimentaire. Ses selles sont molles et au nombre de deux à trois par jour.

De nouveau, en 1944, il sent sa main lourde en se rasant. En même temps, il ressent une envie d'aller à la selle, mais n'en a pas le temps et s'évanouit. Suit encore une entérorragie à caillots, pendant plusieurs jours.

Le malade se présente à l'examen avec un facies de grand anémique : teint pâle, jaunâtre, muqueuses décolorées, l'appétit a disparu; de plus, il présente quelques troubles de la vision (scotomes), ainsi que quelques crampes aux membres inférieurs avec, il y a quelques jours, de l'œdème au niveau des malléoles, ce qui a disparu par le repos.

Par contre, pas de troubles de l'ouïe, pas d'insomnies, l'état général reste bon.

A l'examen, l'abdomen est tout à fait normal, sans aucun point douloureux, souple et facilement dépressible.

Au point de vue cardiaque, petit souffle systolique de la pointe, tension artérielle à 13 - 7.

La rectoscopie, pratiquée jusqu'à 15 cm., ne révèle rien de particulier, sauf des selles mélangées de sang venant de plus haut.

Un examen sanguin nous donne :

Urée sanguine	0,40 g.
Hémoglobine	65 p. 100
Globules rouges	2.360.000
Globules blancs	6.400
Polynucléaires neutrophiles	77 p. 100
Lymphocytes	14 p. 100
Mononucléaires	8 p. 100
Monocytes	1 p. 100

Pas de thrombopénie, d'anisocytose, légère poïkilocytose, pas de formes anormales.

L'examen des selles montre des selles brun grisâtre, dures, d'odeur normale, où l'on note, à l'examen microscopique, de nombreux fragments cellulosiques ainsi que d'assez nombreux kystes de lamblias *intestinalis*.

L'examen radiologique montre :

a) Au point de vue pulmonaire, une légère tendance à l'emphysème;

b) Au point de vue cardiaque, un cœur sensiblement normal, avec une aorte un peu opaque et déroulée;

c) Au point de vue digestif, un petit diverticule de la partie moyenne de l'œsophage. L'estomac et le duodénum sont parfaitement normaux, aussi bien du point de vue morphologique que fonctionnel. Mais l'étude du cliché pris au cours d'un transit baryté montre, dans le petit bassin, une série de taches de la grosseur d'un pois et qui sont autant de diverticules coliques contenant de la baryte. Il en existe une trentaine qui correspondent à l'anse sigmoïde qui, vide par ailleurs, s'est enroulée dans le petit bassin.

Le traitement suivant a été prescrit :

a) Trois injections intramusculaires, par semaine, d'Hépagyl.

b) Trois jours par semaine, une cuillerée à dessert, matin et soir, d'Intestarsol.

c) Les autres jours, un moment avant le petit déjeuner et le repas du soir, un paquet de Lactopansement.

d) Au point de vue régime : exclusion des crudités, de choux, de haricots, de mets épicés, de vin blanc, d'alcool.

Ce malade mourut fin 1946, soit trois ans après sa première entérorragie, deux ans et demi après la seconde, vraisemblablement de cancer gastrique.

Observation II

Raoul Du..., soixante-trois ans.

Le malade est en bonne santé habituelle. En particulier, il n'a jamais eu d'hémorragies ni de troubles intestinaux. Ses selles sont toujours normales et régulières.

Quelques hémorroïdes depuis l'enfance avec, de temps en temps, des poussées fluxionnaires peu importantes, se traduisant chaque fois par un peu de gêne locale et par la présence, à ce moment là, de quelques filets de sang dans les selles.

Le 19 décembre 1941, M. R. D.... commença, comme cela lui arrivait fréquemment, une poussée fluxionnaire de ses hémorroïdes, sans gravité, et s'accompagnant, comme toujours, de la présence dans les selles de petits filets de sang.

Le 22, il prend, le matin à jeun, une purgation légère de sulfate de soude (20 g.), reste au lit toute la matinée et observe tout le jour la diète liquide (bouillon aux herbes, une tasse de café noir). La purge fit son effet habituel et ne s'accompagna d'aucune complication.

Le 23 décembre, de très bonne heure, après avoir passé une très bonne nuit, sans avoir éprouvé aucune colique ou douleur, à l'occasion de l'expulsion d'un gaz, R. D... constate qu'un peu de liquide a fusé et souillé son drap de lit. Il se lève et constate avec stupéfaction que le drap est taché de sang rouge.

Il se recouche. Un moment après, il éprouve le besoin impérieux d'aller à la selle, et expulse alors une grosse quantité de sang rouge et de caillots. Cette émission de sang et caillots se renouvelle, encore très abondante, une heure après environ.

M. Gast... (Obs. I.)

Au moment du lavement baryté.

R... Du... (Obs. II.)

Quarante-huit heures après lavement baryté

Un seau hygiénique est à moitié plein, et on peut évaluer la quantité de liquide teintée de sang évacuée, à deux litres environ.

R. D... garde le lit, au repos complet. Diète absolue, glace sur le ventre; prise, par la bouche, d'hémostyl (deux ampoules par jour).

A partir de ce moment, tout rentre dans l'ordre sans autre incident. Les selles redeviennent tout à fait normales, ne contenant plus du tout de sang. Le malade reste au lit quarante-huit heures, revient peu à peu, mais très vite, au régime alimentaire normal et reprend sa vie active habituelle.

Examen clinique négatif, ainsi que toucher rectal. La tension artérielle est normale.

La rectoscopie, pratiquée jusqu'à 18 cm., ne montre qu'une banale anite hémorroïdaire, sans grosse dilatation variqueuse, pouvant expliquer la grosse hémorragie récente.

Un examen radiographique par transit baryté ne met en évidence aucune lésion gastro-duodénale ou intestinale. Mais les clichés, pris vingt-quatre heures après l'évacuation de la baryte, montrent sur le trajet du côlon iliaque, à peine deviné, quatre petits diverticules, de la grosseur d'une lentille, encore bien remplis de baryte.

Depuis ces accidents hémorragiques de décembre 1941, Raoul D... est en bonne santé. Il n'a jamais plus présenté de troubles intestinaux ni de nouvelles hémorragies intestinales.

Observation III

M. P..., cantonnier à la S. N. C. F., cinquante-cinq ans.

Le malade, vu pour la première fois en 1945, a accompli son service militaire au Maroc, de 1908 à 1913, et y a contracté la dysenterie. Depuis, il présente trois selles par jour, liquides ou pâteuses, sans autres troubles.

Mais, depuis deux mois, il a constaté un amaigrissement de 9 kilogrammes, malgré un gros appétit; il a des épreintes, du ténesme, de la diarrhée et présente du sang rouge dans ses selles.

L'examen clinique est absolument négatif, l'analyse de selle

ne présente rien de particulier. Un examen rectoscopique est pratiqué jusqu'au niveau de l'anse sigmoïde et ne montre aucune formation anormale de nature hémorroïdaire. Cependant, la paroi muqueuse antérieure présente quelques suffusions sanguines sans caractères très particuliers.

Le malade suit un traitement à base de Stovarsol, de pâte de Ravaut et d'entérovioforme.

Il est revu le 14 janvier 1946, présentant toujours de nombreuses selles et ayant eu, il y a six jours, une poussée de température, des vomissements et, depuis, des nausées dès qu'il veut manger. Le 4 février 1946, il est revu alors qu'il vient de présenter une grosse hémorragie de sang rouge par l'anus. La rectoscopie pratiquée ne montre que quelques hémorroïdes peu dilatées.

Par contre, le foie, qui a une hauteur de 25 cm., est douloureux à la percussion en masse. A cause de ce gros foie, qui peut être dû à un abcès amibien, une série d'injections de chlorhydrate d'émétine est pratiquée en plus du traitement précédemment institué, avec toutes les précautions d'usage.

Le 25 février, le foie, qui n'a plus que 12 cm., est encore sensible. Les selles sont devenues normales.

Un mois après, le malade saigne de nouveau par l'anus, et le traitement par l'entérovioforme est sans action. Il est alors traité pour rectorragie de nature hémorroïdaire, et une série d'injections sclérosantes est commencée.

Malgré cela, les entérorragies persistent, accompagnées de douleurs violentes dans l'hypocondre gauche, et de vomissements. Un nouvel examen radiographique est demandé et montre alors de nombreux diverticules sigmoïdiens.

Un traitement par pansements intestinaux, désinfectants et antihémorragiques, institué, amène une rapide sédation des phénomènes qui, depuis, ne se sont pas renouvelés.

Observation IV

M. Mol..., italien, quarante-cinq ans.

Vu le 6 novembre 1945. — Le 30 septembre 1945, grosse émission de sang rouge par l'anus, précédée de dix jours de

température. En France depuis seize ans; avait contracté le paludisme dans les Marais Pontins. Depuis, présente des troubles digestifs, sans caractère net, s'aggravant peu à peu jusqu'en 1937, ayant régressé depuis.

Au début, les troubles digestifs vont par période de deux à trois semaines, revenant presque tous les mois, le malade gardant quelques petits troubles pendant les périodes intercalaires avec tendance à la constipation et pesanteur au niveau de l'épigastre.

Pendant les périodes douloureuses, le malade n'est pas réveillé par les douleurs, mais il ressent, au matin, une légère gêne avec mauvaise bouche et haleine fétide. Pas de vomissements au saut du lit. Le petit déjeuner est absorbé sans effort, mais douleurs épigastriques banales, durant toute la matinée, sans horaire. A midi, pas d'intolérance, mais somnolence, congestion du visage, ballonnement, pas de nausées ni de vomissements, quelques épreintes avec émission de gaz.

Toujours les mêmes troubles le soir, s'endormait cependant aisément; vers minuit, le malade est quelquefois réveillé par une douleur plus forte que dans l'après-midi; il se met à plat ventre, ce qui le soulage un peu, et il se rendort vers 5 heures, pour se lever à 7 heures.

Sans raisons apparentes, il y a amélioration en 1937; les périodes douloureuses sont moins longues et plus espacées.

Le 20 septembre, début brusque d'un état fébrile à 38°5-40°, avec inappétence, selles noires, céphalées occipitales. Examen négatif.

Vers le 25, la température baisse à 38°5, le soir. Le malade commence à se lever.

Le 30, dans la matinée, besoin impérieux d'aller à la selle, émission de matières accompagnées de sang rouge abondant. Quatre autres selles vont suivre contenant également du sang rouge vif. Le malade aurait perdu un litre de sang environ.

A 16 heures, nouvelle selle noire, sans trace de sang. Depuis, le malade n'a plus de température, la céphalée a disparu, et il mène une vie très tranquille.

Aucune perte de poids.

L'examen ne montre qu'une légère sensibilité du point vési-

culaire, sans autres signes abdominaux. Pas d'anémie marquée actuellement.

La rectoscopie, pratiquée jusqu'à 25 cm., ne montre rien de particulier.

Urée sanguine ..... 0,31 g.
Glycémie ..... 1,25 g.

L'analyse des selles montre de nombreux kystes de pseudo-limax ainsi que quelques kystes d'entaméba-coli.

Les examens biologiques ne révèlent rien de particulier.

La radiographie, pratiquée après lavement baryté, est banale. Mais, après évacuation, le cliché met en évidence trois petits diverticules siégeant au niveau du côlon transverse.

Le 16 avril 1948, le malade est revu. Trois à quatre nuits de suite, chaque mois, il est réveillé par des douleurs sous-ombilicales le tenant éveillé jusqu'au lever.

Il y a un mois, pendant la sieste, besoin impérieux de selle et rejet, par l'anus, d'un demi-verre de sang rouge.

Il n'y avait eu aucun excès alimentaire.

Foie normal (Mac Lagan : 16 p. 100; prothrombine : 120 p. 100). Prostate un peu grosse.

Rectoscopie ne mettant rien en évidence. Pas d'anite hémorroïdaire. Vingt-quatre heures après un lavement baryté n'ayant rien révélé, on remarque des taches sur le trajet du côlon transverse, dont deux coïncident avec celles trouvées en 1945 : ce sont autant de diverticules.

Observation V

M. Four..., cinquante-cinq ans.

Le malade, vu pour la première fois en mai 1936, présente depuis longtemps des malaises subits, des vertiges qu'il attribue au tabac.

Il vient pour melæna survenu après prise de solution de Bourget. Il ne présente pas de troubles digestifs spéciaux, n'a pas maigri, son foie est petit, sa rate non percutable, la palpation de l'abdomen n'est pas douloureuse.

La rectoscopie montre des hémorroïdes très enflammées. Pendant les quinze jours qui suivent, le malade présentera des

vertiges, des vomissements, de la photophobie, mais pas de nouveau melæna.

Il est revu en juillet 1946, alors qu'il vient de présenter trois entérorragies : une, il y a huit jours, dans le train, ayant entraîné une syncope dans les W. C.; une deuxième, il y a deux jours, malgré la prise d'hémostatiques, et la dernière dans la nuit précédente.

Le malade est très anémié, son hémoglobine est à 50 p. 100, sa tension artérielle à 12 - 7.

La rectoscopie, pratiquée jusqu'à 15 cm., est très gênée par les caillots de sang. Pas d'hémorroïdes apparentes, la muqueuse est pâle.

On continue la thérapeutique antihémorragique. Le malade saigne encore six jours après, et son état nécessite une transfusion de 600 cm^3. Les hémorragies cessent alors.

A l'examen du 7 août 1946, les selles sont normales. Le lavement baryté met en évidence un dolichosigmoïde discret et quatre à cinq petits diverticules sur le côlon descendant et sigmoïde.

A la rectoscopie, la muqueuse paraît très fragile; une thérapeutique par le Bismuth et la pâte de Ravaut est instituée.

Le malade, revu le 6 décembre 1946, est en très bon état, n'a plus saigné. A la radiographie, après lavement opaque, on retrouve les diverticules. Par contre, la fragilité de la muqueuse a disparu depuis le dernier examen rectoscopique.

Fin avril 1948, les phénomènes hémorragiques ne s'étaient pas renouvelés, et le malade se porte parfaitement.

Observation VI

M. Lou..., soixante-cinq ans, représentant de commerce.

Le 7 février 1947, le malade, en pleine santé apparente, présente une selle normale qui est accompagnée d'un peu de sang rouge vif. Dans l'après-midi, après quelques gargouillements, il va de nouveau à la selle et rejette beaucoup plus de sang que le matin. Dans la nuit, le phénomène se renouvelle avec émission d'une quantité importante de sang rouge.

Le lendemain, selles pâteuses accompagnées de caillots. Un traitement antihémorragique arrête l'entérorragie. Les selles redeviennent normales, pas de nouvelles hémorragies.

Pas d'antécédents intestinaux.

L'examen clinique est négatif. Le foie est normal. Un toucher rectal montre une prostate un peu grosse. La rectoscopie, jusqu'à 18 cm., ne montre qu'une légère anite hémorroïdaire.

Un lavement baryté est suivi de radiographie; le segment sigmoïdo-pelvien, qui est très court, s'injecte très mal. Le côlon descendant a un aspect normal et l'examen des clichés met en évidence, aussi bien avant l'évacuation qu'après celle-ci et insufflation, l'existence d'une multitude de petits diverticules présentant un aspect spasmodique pseudo-lacunaire.

Traitement par entérovioforme, pâte de Ravaut, lavement au Ganidan, hebdomadaire. Régime excluant les aliments causes de putréfaction.

Aucune autre entérorragie depuis. Le malade se porte parfaitement, le 28 avril 1948.

CHAPITRE III

CRITIQUE DES OBSERVATIONS

Les six observations que nous venons d'exposer doivent être examinées attentivement afin de voir si une cause, autre que l'existence de ces diverticules du gros intestin, ne peut pas expliquer des entérorragies.

Dans l'observation I, l'aspect du sang émis par l'anus permet d'éliminer une lésion haute du tube digestif. D'autre part, il n'y avait, au niveau du côlon, aucune formation pathologique décelable. Il est vrai que ce malade a présenté, deux ans après sa seconde hémorragie, un cancer de l'estomac et qu'il est mort à la suite d'une hématémèse massive.

Mais, pendant toute la période séparant les phénomènes que nous rapportons dans l'observation des premières manifestations néoplasiques, le malade n'a jamais souffert et il n'avait jamais rien éprouvé auparavant qui ait permis un diagnostic d'affection gastrique.

D'autre part, après son entérorragie, le malade s'est rétabli très rapidement.

Dans l'observation II, les faits sont beaucoup plus nets et ne permettent guère la discussion : le malade n'a jamais souffert avant ni après les phénomènes hémorragiques qui ne se sont pas renouvelés depuis six ans. Rien d'anormal n'a pu être mis en évidence sur le trajet du tube digestif au cours des divers examens, si ce n'est la présence de petits

diverticules du côlon ilio-pelvien, pour pouvoir expliquer ces pertes de sang.

Dans l'observation III, les phénomènes hémorragiques sont rapportés successivement à l'existence d'amibes dans le tube digestif et à des hémorroïdes. Dans les deux cas, la mise en train d'un traitement approprié n'a pas amené de sédation. Après institution d'un traitement par des pansements intestinaux, ayant pour but de s'opposer aux putréfactions et fermentations, nous observons un arrêt définitif des incidents, ce traitement ayant fait régresser la diverticulite.

Les diverticules ne paraissent, en effet, à l'origine d'hémorragies intestinales que quand ils sont le siège d'infection.

On pourrait penser, chez ce malade, à une sigmoïdite amibienne. Mais il nous semble exagéré d'imputer à un séjour au Maroc, il y a quarante ans, les accidents présents.

Dans l'observation IV, le malade a un passé gastrique qui n'a pu, cependant, à aucun moment, faire penser à un ulcère, car même au début de la gêne et des douleurs, aucun horaire nettement établi n'a pu être mis en évidence. D'autre part, ces phénomènes ont cessé brusquement, sans raison, en 1937 et, depuis, le malade n'a jamais souffert. Les entérorragies survenues récemment sont consécutives à un état d'infection intestinale et cèdent en même temps que cet état infectieux. Les parasites trouvés dans les selles semblent incapables de provoquer une hémorragie aussi importante qui ne s'est renouvelée que trois ans après la première manifestation et de façon moins abondante.

Notre observation V nous met en présence d'un malade chez lequel la prise d'un léger purgatif déclenche les hémorragies qui prennent une telle importance qu'une transfusion sanguine est nécessaire. Chez ce malade, aucun signe ne permet d'orienter le diagnostic étiologique : quelques hémorroïdes ne pouvant donner de telles entérorragies. Seul l'examen radiologique du tube digestif montre une légère

irritation du sigmoïde avec diverticulite; la muqueuse est fragile à la rectoscopie. Tout cède à un traitement ayant pour but de faire régresser la diverticulite.

L'examen du malade de l'observation VI ne permet la mise en évidence, après quelques hémorragies assez importantes, que d'une diverticulite nette avec état spasmodique du sigmoïde. Tout cède au traitement neutralisant l'infection diverticulaire.

CHAPITRE IV

ASPECT CLINIQUE

Nous allons essayer, en nous appuyant sur nos six observations personnelles et sur les sept cas rapportés par Olivier, de dégager les caractères de ces entérorragies solitaires coïncidant, en dehors de tout autre signe, avec la présence de diverticules sur le côlon ilio-pelvien.

Cette forme hémorragique pure de la diverticulite mérite, malgré sa rareté relative, d'être mieux connue, étant donné qu'elle nous semble expliquer un certain nombre d'entérorragies jusque là cryptogénétiques.

Le caractère primordial de ces hémorragies est le rejet par l'anus d'une quantité plus ou moins importante de sang rouge, l'évolution immédiate de ces entérorragies étant marquée par un fait pathognomonique de leur origine basse, l'absence de melæna dans les heures ou le jour suivants.

Le déclenchement de ces pertes sanguines surprend le plus souvent le malade en raison de sa brusquerie : soudain le sujet ressent un besoin impérieux d'aller à la selle. Ces épreintes, ce ténesme surviennent parfois sans aucun prodrome, comme dans les observations I, II et V. L'entérorragie a été précédée de quelques gargouillements coliques dans un de nos cas (VI). Une autre fois, une poussée de température a précédé le phénomène de quelques jours

(observation IV). Enfin, chez un de nos malades, on a observé des douleurs le long du cadre colique avant l'émission de sang (observation III).

Cette hémorragie profuse reste parfois unique, mais se renouvelle le plus souvent dans les heures qui suivent, soit de façon massive, soit au contraire sous forme de petites selles répétées un grand nombre de fois. Mais alors qu'Olivier prétend que, dans tous les cas, les pertes de sang cessent en vingt-quatre à quarante-huit heures, nous apportons deux observations de malades chez lesquels ces hémorragies s'échelonnent sur trois ans (observations III et IV).

La totalité du sang rejeté peut atteindre un litre à un litre et demi environ. Il s'ensuit un tableau d'anémie aiguë plus ou moins dramatique selon l'importance de la perte sanguine. La syncope est survenue chez deux de nos malades (I et IV). Chez un autre (V), l'état général était si alarmant qu'une transfusion fut nécessaire.

En dehors de ces symptômes impressionnants qui tiennent à la perte de sang, l'examen clinique fournit peu de renseignements. L'interrogatoire ne donne pas d'indications. On ne retrouve dans les antécédents du malade que des troubles digestifs discrets et banaux tels que constipation modérée. Tout signe net de la série duodénale ou colique fait en général défaut, et ce n'est pas parce que l'un de nos malades a fait un séjour au Maroc, il y a quarante ans, que l'on peut parler d'une forme hémorragique de sigmoïdite amibienne, qui aurait été bien longue à se manifester.

L'hémorragie est en général apyrétique; un cas est caractérisé cependant par une température aux environs de 38° dans les jours qui l'ont précédée. Aucun signe ne permet de rattacher ces entérorragies à une intoxication aiguë ou chronique, à une affection digestive caractérisée. Le foie et la rate sont normaux. Dans un de nos cas, seulement, nous remarquons l'existence d'un gros foie douloureux, sans tableau cirrhotique, sans altération de la rate et persis-

tance des hémorragies alors que le foie était redevenu normal.

Légères hémorroïdes dans certains cas, ne pouvant expliquer des hémorragies aussi importantes; d'ailleurs, les injections sclérosantes restent sans effet.

L'évolution de ces hémorragies, dont la profusion pourrait faire naître les plus légitimes inquiétudes, ne comporte aucune conséquence tragique, aussi bien dans nos observations que dans celles d'Olivier, ce qui permet de conserver une attitude médicale malgré l'importance parfois considérable de l'émission sanguine.

Etiologie générale

Une première remarque qui s'impose est que nous n'avons observé ces phénomènes que chez des hommes. Olivier, sur les sept cas qu'il rapporte, voit les hémorragies survenir quatre fois chez des hommes et trois fois chez des femmes. Il y a donc prédominance masculine nette.

D'autre part, ces accidents ne surviennent que chez des gens âgés de plus de cinquante ans.

Ces deux caractères sont ceux que l'on retrouve quand on étudie les conditions d'existence de diverticulite iliopelvienne. Et c'est alors que se pose la question de l'étiologie de cette diverticulite.

Bensaude signale l'existence d'un certain nombre de cas de syphilis chez des porteurs de diverticules, mais ne conclut pas à une relation de cause à effet.

L'amaigrissement nous semble pouvoir être une cause favorisante : à la suite de la fonte des franges graisseuses péri-coliques, il y aurait relâchement de la paroi intestinale et formation de diverticules, la constipation ajoutant peut-être son action.

Cela expliquerait que nous ayons pu réunir, en un temps assez court, six observations d'hémorragies chez des porteurs de diverticules, ce qui était connu, mais considéré comme très rare jusqu'à maintenant. En effet, la

guerre et les restrictions ont amené des pertes de poids parfois considérables. Une alimentation déficiente peut, en outre, entraîner, par moindre résistance de l'organisme, les poussées infectieuses intestinales paraissant nécessaires au déclenchement de l'hémorragie.

Il faut signaler l'importance que revêt l'administration de purgations, mêmes légères, dans le déclenchement du cataclysme. Nous en rapportons deux observations, et l'on en trouve plusieurs analogues dans la littérature.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC POSITIF

Les modalités d'apparition du syndrome que nous étudions et son évolution le rangent dans le groupe des hémorragies digestives révélatrices.

La clinique seule ne permet pas, en présence de la simple constatation de la perte de sang par l'anus, un diagnostic étiologique.

C'est donc grâce à certains examens, à la rectosigmoïdoscopie précoce et à l'exploration radiologique du côlon, et grâce à eux seulement, que l'on sera en mesure de reconnaître et d'affirmer le point de départ de l'hémorragie.

Rectosigmoïdoscopie

D'après Olivier, il serait souhaitable de pouvoir y recourir dans les heures qui suivent la dernière émission de sang. Dans ces conditions de précocité, on pourrait, dit-il, avoir des chances de saisir l'hémorragie à sa source.

Or, la disposition anatomique des diverticules sur le côlon ilio-pelvien fait que l'on ne peut les atteindre par ce moyen d'exploration.

Cependant, cet examen doit être pratiqué pour éliminer les causes d'entérorragie de la région directement accessible au rectoscope, telles que néoplasme ou polypes, par exemple.

Radiologie

L'examen radiologique doit être pratiqué suivant une technique particulière si on veut mettre en évidence les diverticules sigmoïdiens et, plus généralement, ceux du gros intestin.

Cain, dans un article consacré aux diverticules du gros intestin, précise, comme de nombreux autres auteurs, que ces anomalies sont généralement découvertes à la suite de lavement opaque, leur révélation à la suite de l'ingestion de gélobarine étant plus rare; Prat et Paschetta insistent eux aussi sur ce point.

Béclère et Porcher, dans le *Journal de Radiologie et Electrologie,* distinguent, au sujet du diagnostic radiologique de la diverticulose colique : les faux diverticules à paroi constituée par la muqueuse en plissement, d'une part, les vrais diverticules dont les parois sont les mêmes que celles de l'intestin, d'autre part, et enfin, les diverticules par cloisonnement dus à des déformations occasionnées par des phénomènes de périviscérite. Ils s'expriment ainsi :

« L'identification de l'une ou de l'autre sorte n'est pas toujours possible; cependant, cette distinction nous aide à comprendre la persistance de taches suspendues dans le cas de vrais diverticules, leur caractère transitoire et l'évacuation rapide de la tache aberrante dans le cas de diverticules de plissement ou par cloisonnement. »

Pour mettre ces diverticules en évidence, « nous aurons des modifications de la perméabilité, des contours et du péristaltisme colique ».

a) Les modifications de perméabilité se traduisent par un état de spasme fréquent qui doit attirer l'attention s'il nécessite la belladone pour le faire céder.

b) Les contours du côlon peuvent être chiffonnés.

c) La présence de diverticules infectés dans un segment colique en modifie considérablement le péristaltisme :

l'intolérance au lavement opaque est fréquente dans ce cas, d'après les auteurs.

Quant à Prat, dans un article intitulé « Diverticulose et diverticulite », il conseille de prendre des séries de radiographies en faisant varier la position du malade. Les meilleures images sont *obtenues après évacuation de la baryte.*

Cet examen tardif doit être systématique. Le lendemain de l'évacuation apparemment complète du repas ou du lavement opaque, on pourra voir des diverticules passés jusqu'alors inaperçus : c'est le cas du malade de l'observation II, chez lequel, les radiographies au cours d'un transit baryté n'ayant rien montré, un nouvel examen fut pratiqué le lendemain et permit de déceler quatre petits diverticules. De même dans l'observation IV.

C'est là le fait essentiel : *examen renouvelé après évacuation.*

Cain attire aussi l'attention sur ce dernier point en insistant sur le fait que, de cette manière, on peut mettre en évidence les diverticules qui seraient vus de face avant l'évacuation du sigmoïde et qui, en conséquence, se projetteraient sur l'ombre colique où ils sont invisibles.

En prenant ces précautions, ces diverticules apparaîtront comme des taches à limites nettes bordant le contour sygmoïdien, dont parfois le pédicule est mis en évidence, mais qui en sont le plus souvent apparemment dépourvus. Les diverticules ne sont généralement pas uniques, et on peut les voir en nombre considérable. Ils dépassent rarement le volume d'un pois et n'atteignent jamais le volume parfois énorme des autres diverticules digestifs, œsophagiens par exemple.

Leur irritation, due à des phénomènes infectieux le plus souvent, se traduit, d'après Béclère et Porcher, par des modifications que nous avons étudiées ci-dessus.

D'après l'Américain J. Case, l'élément caractéristique du diagnostic d'inflammation du diverticule réside dans la persistance de la tache opaque après l'élimination du lave-

ment baryté, notamment les deuxième et troisième jours.

Cela présente d'ailleurs une analogie avec l'opinion de Brodin, Tedesco et Klener, pour qui la persistance de la baryte dans l'appendice, après ingestion buccale, alors que le reste de l'intestin ou tout au moins la partie droite du côlon est déjà évacuée, traduit toujours une altération de l'organe, leur opinion s'appuyant sur la constatation de tels phénomènes chez trente-cinq malades qui présentaient un appendice injecté quarante-huit heures après la prise du repas opaque et qui, opérés, avaient un appendice nettement malade.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Nombre de lésions digestives plus bas et surtout plus haut situées doivent être discutées avant que l'on puisse conclure à l'origine diverticulaire de l'hémorragie par l'anus.

Toutes les hémorragies digestives, abondantes et primitives, de points de départ différents, doivent ainsi être éliminées.

A. — Hémorragies duodénales

Ce diagnostic différentiel ne se posera qu'exceptionnellement. Seule l'hémorragie cataclysmique de certains ulcères duodénaux est susceptible de se manifester par une émission de sang rouge par l'anus. De plus, l'origine haute de l'hémorragie se prouvera par un melæna dans les jours suivants.

Mais ce cataclysme est en général précédé, pendant plusieurs années, par ces crises douloureuses passagères dont le caractère périodique et le rythme post-prandial évoquent aussitôt la maladie ulcéreuse.

L'interrogatoire doit donc être minutieux, car les poussées discrètes et très espacées, dans certaines variétés, doivent être littéralement arrachées à la mémoire du malade.

L'examen radiologique donnera la clef du diagnostic,

mais il faudra le renouveler à un certain intervalle, s'il est négatif. Dans la phase post-hémorragique, la niche ulcéreuse est souvent effacée : la saignée locale fait disparaître l'œdème péri-ulcéreux qui accroît le relief du cratère.

Les autres causes d'hémorragies gastriques et duodénales, qui ne se manifestent que par du melæna, seront de ce fait éliminées : formes hémorragiques normales de l'ulcère gastrique ou duodénal, hémorragies dues aux affections du foie et de la rate, entérorragies dont sont responsables les cholécystites et l'appendicite chronique.

B. — Hémorragies au niveau de l'intestin grêle

Un diagnostic différentiel important sera celui posé par les hémorragies intestinales dues à l'ulcère du diverticule de Meckel. L'entérorragie rouge est un signe constant; elle est importante en quantité et en durée. Mais cette émission sanguine est en général précédée de troubles digestifs et atteint les sujets jeunes, ce qui n'est pas le cas des entérorragies que nous étudions.

Toutes les autres hémorragies de causes diverses survenant au niveau du grêle se manifesteront par du melæna. Elles seront donc éliminées immédiatement et leur diagnostic ne se discutera pas dans les cas de grosses hémorragies rouges par l'anus.

C. — Hémorragies basses : coliques, sigmoïdiennes, rectales

Celles-ci se manifesteront par des émissions de sang rouge. Nous écarterons rapidement toutes les hémorragies qui ne seront pas solitaires, s'accompagnant d'un contexte clinique.

Le cancer du gros intestin, dans sa forme habituelle, sera éliminé par un examen radiologique minutieux du côlon. Il en sera de même des tumeurs bénignes ou dégénérées et plus particulièrement les tumeurs villeuses.

Le contexte clinique nous permettra d'éliminer les hémorragies terminales de la tuberculose colique.

L'examen rectoscopique permettra d'éliminer les néoplasmes du rectum et les autres tumeurs de la région ano-rectale.

L'existence d'un syndrome dysentérique coexistant nous permettra d'éliminer aisément, après rectoscopie, la rectocolite hémorragique qui, dans sa forme hémorragique pure, peut donner des entérorragies très importantes.

Le contexte clinique nous permettra d'écarter les diverses sigmoïdites, qu'elles soient d'origine infectieuse, parasitaire (amibe) ou toxique (mercurielle).

Le problème le plus fréquent est soulevé par les hémorragies d'origine hémorroïdaire; s'il convient, à l'occasion d'une perte de sang par l'anus, de ne pas les ignorer, il ne faut pas non plus s'hypnotiser, en quelque sorte, sur quelques dilatations variqueuses et laisser passer une lésion sus-jacente moins aisée à déceler. Le diagnostic est compliqué, du fait de l'existence d'une rectite sus-hémorroïdaire bien décrite par Bensaude et ses collaborateurs Cain et Oury, et qui peut être cause d'entérorragies rouges abondantes.

Le vrai diagnostic est celui de toutes les hémorragies rouges solitaires.

Avant d'attribuer aux diverticules ilio-pelviens de telles hémorragies, il faudra éliminer diverses causes.

Il faudra rechercher avec un soin particulier les formes hémorragiques pures du cancer du gros intestin. Ce diagnostic est parfois très difficile, difficulté illustrée par l'observation suivante publiée en 1946 par MM. Papin et Dubarry.

M^lle^ Lem..., soixante-cinq ans.

La malade vient consulter pour des pertes de sang par l'anus, au moment et parfois en dehors des selles.

L'examen montre du météorisme, un côlon gauche spasmé,

encombré de matières. Toucher rectal négatif. Rectoscopie gênée par des caillots de sang venant de plus haut. Légère anite hémorroïdaire. Après lavement évacuateur, une nouvelle rectoscopie montre une ampoule rectale vide, à muqueuse pâle. A la charnière recto-sigmoïdienne, pénétration impossible. En insistant, on fait rabattre d'un coup, en volet, la face antérieure de la charnière qui a perdu sa souplesse, et on voit, de champ, une lésion en saillie, à surface irrégulière, de la taille d'une pièce de un franc, saignant légèrement, de caractère néoplasique.

La radiographie, après lavement baryté, n'avait montré aucune lésion.

Seule donc une rectoscopie particulièrement attentive avait permis de porter le diagnostic de néo de la charnière, diagnostic ayant eu comme conséquence une intervention chirurgicale du Professeur Papin.

La difficulté du diagnostic est encore accrue par la coexistence possible de cancer de l'intestin et de diverticulite, association particulièrement rare. Mayo prétendait qu'il y avait 30 % de diverticulite dans les cas de cancer du côlon; mais les dernières statistiques de Rankin et Brown montrent que cette association est peu fréquente : dans 227 cas de diverticulite, ils ont trouvé quatre fois un néo coexistant et, sur 679 cancers opérés pendant la même période, quatre seulement s'accompagnaient de diverticules.

Nous en apportons un exemple :

M. Sarraz..., soixante-seize ans (observation du Professeur agrégé Dubarry).

Le 26 juin 1946, amaigrissement considérable depuis quelques années. Depuis quinze mois, rectorragie, sept à huit fois, dont trois importantes, sans épreintes. Selles impérieuses, actuellement une fois par jour.

Le toucher rectal met en évidence une bosselure non ligneuse à bout de doigt. Rectoscopie arrêtée à 15 centimètres.

La radio pratiquée montre des diverticules sigmoïdiens.

Diagnostic de néo-rectal.

Le 23 octobre 1946, nouvel amaigrissement et deux autres

hémorragies de sang rouge vif. Douleurs rectales au moment des selles impérieuses.

Traitement par radiation de contact. Mort en juillet 1947.

Il faudra aussi éliminer certaines tumeurs de la région ano-rectale, et principalement les polypes. Chez les sujets âgés, nous aurons à éliminer la polypose généralisée recto-colique particulièrement grave.

En 1935, le Professeur Carnot attira l'attention sur les entérorragies rouges chez les hypertendus et artério-scléreux : nous nous trouvons en face de phénomènes analogues aux épistaxis des sujets à tension artérielle élevée : ce sont de véritables épistaxis intestinales qu'il ne faut pas oublier, hémorragies rouges sans prodromes.

De même, Bonafé avait signalé l'hémoptysie intestinale marquant le début d'une tuberculose colique, et pour laquelle l'évolution fera la preuve. Le rattachement de ces faits à la bacillose est souvent facilité par l'existence de lésions pulmonaires.

Le mal de Bright est susceptible, en dehors de toute lésion hypertensive, de provoquer des entérorragies rouges à la suite de lésions, rares d'ailleurs, du côlon terminal. Il faudra donc rechercher soigneusement les signes discrets de néphrite chronique.

Enfin, dans certains cas, le dolichocôlon et le mégacôlon peuvent être à l'origine d'entérorragies rouges solitaires.

CHAPITRE VII

PATHOGÉNIE

Avant de considérer la pathogénie proprement dite des phénomènes que nous étudions, il convient de distinguer diverticulose et diverticulite.

Tantôt les diverticules du gros intestin vont constituer une simple malformation anatomique; ils passeront cliniquement inaperçus, seront découverts fortuitement au cours d'un examen radiographique ou d'une laparotomie : il y a diverticulose dans ce cas.

Tantôt le diverticule s'enflamme, les signes cliniques apparaissent : il y a diverticulite qui va prendre des aspects divers suivant l'intensité ou la modalité du processus inflammatoire : inflammation simple ou suppurée qui donne des poussées successives de diverticulite; à un stade plus avancé, l'inflammation va franchir la barrière péritonéale en donnant des péritonites localisées ou généralisées. Le processus peut aussi être chronique, à tendance plastique, aboutissant à de véritables tumeurs diverticulaires, à une sclérolipomatose sous-séreuse, à une hypertrophie fibreuse locale.

Les phénomènes hémorragiques que nous étudions sont dus à une poussée très localisée de diverticulite qui semble pouvoir agir de deux façons différentes : ou bien par altération directe des parois vasculaires, ou bien par action réflexe due à une irritation du système neuro-végétatif.

Action directe. — « Les diverticules prolongent la paroi intestinale et réalisent des recoins dans lesquels l'infection trouve des conditions éminemment favorables à son développement. » (Patel, de Lyon.) D'autre part, l'évagination des diverticules se fait entre le mésentère et la bande latérale des muscles longitudinaux, en suivant la gaine des vaisseaux sanguins. On conçoit alors aisément qu'une inflammation du diverticule puisse se propager aux tuniques coliques et aux vaisseaux de la région, provoquant successivement péri-vascularite et vascularite, le tout aboutissant à des hémorragies par lésions endothéliales.

Il est évident que si le sujet présente des troubles de la crase sanguine, l'hémorragie se produira de préférence en ce point qui réunit plusieurs conditions hémorragipares surajoutées.

Action réflexe neuro-végétative. — Depuis longtemps, on sait que certaines lésions du système nerveux central peuvent se compliquer de suffusions sanguines au niveau de l'estomac ou de l'intestin.

Il en est ainsi par exemple dans certaines crises gastriques du tabes.

Mais des lésions ou une irritation périphérique du sympathique peuvent aussi provoquer des phénomènes analogues. Schœmeker pense à l'intervention d'un trouble sympathique quand il décrit les lésions du « red stomach ».

De même, Rachet et ses collaborateurs ont échafaudé une théorie « sympathique » de la recto-colite hémorragique, les éléments nerveux tenant sous leur dépendance la tonicité capillaire, et le dérèglement vago-sympathique étant sans doute lié à une sensibilité locale, peut-être d'origine microbienne.

Expérimentalement, il a d'ailleurs été établi que la section ou l'ablation d'éléments du sympathique abdominal sont suivies de congestion intestinale (Claude Bernard) ou même d'une apoplexie sous-séreuse provoquant des suffusions sanguines (Clavel et Malnotte).

Des travaux analogues ont été effectués par Reilly et Laplane, plus récemment, en vue de déterminer le mécanisme des hémorragies intestinales dans la fièvre typhoïde. Ils sont arrivés à démontrer que l'irritation du splanchnique, par diverses toxines ou par des procédés purement physiques (ligatures ou faradisation), est susceptible de provoquer de tels phénomènes. Et il convient alors d'insister sur le fait qu'il n'y a aucune spécificité de l'agent causal.

Or, le syndrome étudié dans ce travail présente une grande analogie avec les accidents paroxystiques où l'intervention du système sympathique ne fait pas de doute, et l'irritation, même légère, de la diverticulose est suffisante, d'après ce que nous venons de dire, pour déclencher des hémorragies cataclysmiques.

Nous pensons que l'un ou l'autre des mécanismes exposés est susceptible de déclencher des entérorragies rouges. Le premier serait cause des hémorragies échelonnées sur une assez longue durée, tandis que le second serait plutôt à l'origine des phénomènes cataclysmiques, brutaux et sans prodromes. Il est évident que la coexistence des deux mécanismes pathogéniques ne peut être niée.

Quelle peut être la cause de la poussée de diverticulite ? Le *primum movens* de l'inflammation de la diverticulose est variable suivant les cas.

On invoquera évidemment, en premier lieu, les corps étrangers du diverticule et plus particulièrement le calcul stercoral, pouvant créer des micro-traumatismes susceptibles d'être le point de départ d'infections qui ne demandent qu'à se développer dans cette cavité semi-close.

Il faut attirer l'attention sur le déclenchement des entérorragies à la suite d'une purgation, même légère. Nous en apportons deux observations (II et V). La littérature en apporte d'autres exemples. Cela est d'autant plus important qu'il s'agit de sujets âgés ayant recours aux purgations périodiques.

Les excès alimentaires, les voyages peuvent déclencher

le phénomène (V; il faut en rapprocher l'observation VI : voyageur de commerce).

Une infection intestinale peut précéder le cataclysme hémorragique et se manifester alors par une poussée de température (IV).

Certains parasites pourraient peut-être jouer un rôle (oxyures, amibes).

CHAPITRE VIII

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le traitement de ces entérorragies est directement fonction du pronostic que l'on peut porter.

Dans les six cas que nous rapportons, il n'y eut aucune issue fatale. De même, nous n'avons rencontré aucun cas mortel parmi les diverses observations de malades traités médicalement, que nous avons pu trouver dans la littérature.

Nous pouvons donc affirmer qu'on ne doit mourir qu'exceptionnellement d'hémorragie diverticulaire, d'autant plus qu'actuellement les transfusions sanguines permettent de lutter efficacement contre les anémies aiguës hémorragiques, quelles qu'en soient la cause et l'importance.

Notre attitude est donc, en principe, uniquement médicale, attitude qui n'est pas admise par tout le monde. En effet, Bensaude et Prat sont intervenus dans certains cas où l'hémorragie était très abondante et se répétait (mais à une époque où les transfusions n'étaient pas courantes).

Pour maintenir notre attitude, nous nous fondons sur les faits suivants :

1° Comme nous venons de le dire, nous n'avons pas rencontré de cas mortels parmi ceux traités médicalement.

2° Difficulté pour le chirurgien d'affirmer qu'il a enlevé toute la zone colique diverticulaire. La radio ne révèle pas,

en effet, tous les diverticules existants, et l'on risque toujours d'en oublier.

3° L'opération pratiquée (colectomie plus ou moins importante) est bien grave pour une affection qui, traitée médicalement, paraît avoir toujours une issue heureuse.

En conséquence, nous concevons le traitement de la façon suivante.

Traitement immédiat. — Ce sera celui de toute anémie aiguë hémorragique et éventuellement du choc hémorragique.

En présence d'un grand accident hémorragique, il faudra mettre le malade au repos complet, en décubitus dorsal, à la diète pendant deux ou plusieurs jours, avec une vessie de glace sur l'abdomen, pour lutter contre le facteur inflammatoire de la diverticulite et immobiliser l'intestin.

Dans le cas où le malade est lipothymique, il faudra pratiquer des injections de toni-cardiaques. Si l'hémorragie a été très importante ou à répétition, il ne faudra pas hésiter à faire une transfusion; cette éventualité semble devoir être particulièrement rare.

Il faudra éventuellement réhydrater le malade par du sérum glucosé ou chloruré.

La médication hémostatique consistera en administration d'extraits de plaquettes, de sérum sérique, de vitamine K.

Au bout de quarante-huit heures, si aucune nouvelle émission de sang n'a été constatée, on peut reprendre progressivement l'alimentation qui aboutira à un régime excluant tous les aliments à gros déchets et favorisant les putréfactions et fermentations intestinales selon l'orientation de la flore microbienne de l'individu.

Traitement ultérieur. — Il aura pour but de lutter contre les poussées de diverticulite qui paraissent cause de l'entérorragie. On va essayer de neutraliser, autant que possible, les cavités semi-closes que constituent les diverticules.

On donnera donc au malade des préparations à base de poudres inertes telles que le charbon, kaolin ou bismuth.

Il faudra lutter contre l'état infectieux par divers antiseptiques intestinaux, tels que sulfaguanidine et oxyquinoléine.

On devra aussi assurer un bon fonctionnement du tube digestif, en vue de combattre la constipation rebelle qui est peut-être une cause favorisante de la diverticulite.

Par contre, il faudra proscrire de façon formelle les purgatifs ou laxatifs violents auxquels les malades ne sont que trop souvent tentés de recourir, et qui sont souvent à l'origine d'une entérorragie massive.

CONCLUSIONS

1° Le diagnostic étiologique des hémorragies intestinales est difficile et ne peut être fait, dans 20 % des cas environ, d'après des statistiques importantes de gastro-entérologues éminents ayant disposé de toutes les méthodes d'investigation possibles. C'est bien entendu pour les entérorragies solitaires que le diagnostic étiologique est difficile. Dans les autres cas, le contexte clinique met vite sur la voie.

2° Ce pourcentage semble pouvoir être assez fortement diminué si, dans les cas d'entérorragies cryptogénétiques, on s'attache à rechercher avec un soin particulier l'existence de diverticules du gros intestin, plus ou moins enflammés et associés ou non à de la sigmoïdite. Ces diverticules siègent toujours, sinon exclusivement, au niveau du côlon iliopelvien.

3° Ces hémorragies diverticulaires sont des entérorragies rouges, sans melæna, souvent abondantes, parfois uniques, parfois répétées et échelonnées sur une longue période, pouvant amener un état d'anémie intense, mais ne semblant pas cependant mettre la vie en danger. Nous n'avons relevé aucun cas mortel dans la littérature, ni dans ceux que nous présentons.

4° La diverticulite nécessite, pour être mise en évidence, un examen radiologique très soigneux : clichés en série, après ingestion ou surtout lavement baryté, pendant et principalement après évacuation de la substance opaque aux rayons X. C'est, en effet, le plus souvent après évacuation de la baryte que l'on met en évidence ces diverticules sous forme de taches arrondies, de la grosseur d'un pois, dessinant le trajet colique.

5° Le mécanisme de ces hémorragies paraît relever des deux processus suivants, soit isolés, soit combinés : processus direct, par propagation de l'inflammation diverticulaire à la paroi colique et aux vaisseaux amenant des lésions de l'endothélium vasculaire ou, peut-être, action réflexe du système neuro-végétatif irrité par la diverticulite.

6° Cette poussée de diverticulite paraît souvent déclenchée par la prise d'une purgation, dont il faudra, par conséquent, se méfier chez les gens âgés.

7° Cette affection à tableau dramatique cède très bien au traitement médical qui a pour but, après avoir combattu l'anémie consécutive aux pertes sanguines, de neutraliser les fermentations ou putréfactions qui n'ont que trop tendance à se produire au niveau des diverticules intestinaux, entraînant une poussée de diverticulite.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen,*

R. DUPÉRIÉ.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

R. DUPÉRIÉ.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 12 Juillet 1948.

Le Recteur,

A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

ANGLADE et ROSENRAUCH. — Hémorragies par amibiase latente. *Progrès Médical,* 10 novembre 1934.

AUBIJOUX. — Les hémorragies gastro-duodénales de la lithiase biliaire. Thèse, Paris, 1923.

BASSLER. — Hématémèse et melæna dans l'appendicite chronique. *Journ. Amer. Med. Assoc.,* 1927.

BÉCLÈRE et PORCHER. — Le diagnostic radiologique de la diverticulose colique. *Journal de Radiologie et Electrologie,* juillet 1930.

BENSAUDE (R.). — Traité d'Endoscopie, Paris, 1927.

— Maladies de l'intestin, t. II, Masson.

BENSAUDE, D'ALLAINE et MARTIN. — Tumeur villeuse dégénérée du côlon transverse. *Arch. des Mal. de l'App. digest.,* février 1937.

BONAFÉ. — La tuberculose intestinale des tuberculeux pulmonaires. Paris, S. E. P., 1936.

CAIN (A.). — Diagnostic des entérorragies solitaires. *La Médecine,* juillet 1929.

— Les diverticules du gros intestin. *Prod. Méd. Franç.,* novembre 1931.

— Diagnostic des grandes entérorragies primitives. *Progrès Médical,* juin 1937.

CARNOT. — Le melæna des artério-scléreux. *Clin. Méd. de l'Hôtel-Dieu,* 1935.

CASE (J.-T.). — Etude radiologique des diverticules du côlon. *Amer. Journ. of Rœntgen. and Radi. ther.,* mars 1929.

Caroli. — Les hémorragies par splénomégalie modérée. *Paris Médical,* 20 septembre 1930.

Coduelle et Saly. — Séméiologie et causes des hémorragies intestinales. *Arch. de Méd. et Pharm. Milit.,* juillet 1930.

Dubarry (J.-J.). — Les hématémèses des Brightiques. *Gazette Médicale de France,* t. 48, n° 3.

— Traitement des recto-colites hémorragiques. *Journal de Médecine de Bordeaux,* juin 1944.

Fouquet. — Les hémorragies des hépatiques. Thèse, Paris, 1933.

George et Léonard (Boston). — Utilité des rayons X pour l'étude des diverticules du côlon. *Amer. Journ. Rœntgen.,* septembre et octobre 1920.

Germain, Le Gallou et Morvan. — Forme hémorragique de diverticulose colique. *Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. des Hôp. de Paris,* n° 26, 1938.

Guttman (R.). — Les syndromes douloureux de la région épigastrique.

Lœper. — Diverticules et diverticulites du côlon. Clinique de l'Hôpital Saint-Antoine. *Progrès Médical,* octobre 1937.

Mercklen et Israel. — Les hémorragies digestives des cirrhoses latentes ou méconnues. *Gaz. des Hôpitaux,* octobre 1931.

Mocquot. — Les hémorragies des polypes du rectum. *Rev. de Chirurgie,* 1913.

Olivier (J.). — L'entérorragie solitaire d'origine colique. Thèse, Paris, 1937.

Papin, Dubarry et Pétriat. — A propos d'un cancer incipiens de la charnière recto-sigmoïdienne. *Journ. de Méd. de Bordeaux,* novembre 1946.

Patel. — Diverticulite perforante avec péritonite généralisée. *Lyon Chirurgical,* août 1911.

Prat (L.), Prat (P.) et Paschetta (V.). — Les diverticules ilio-pelviens. Masson, 1942.

Prat (P.). — Diverticuloses et diverticulites. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.,* n° 26, 1930.

RACHET. — Les hémorragies d'origine ano-rectale. Diagnostic et traitement. *Revue Médicale Française,* octobre 1939.

SAVY et DELORT. — Entérorragies et cancer du côlon. *Journal Médical de Lyon,* juillet 1927.

SHAUW. — Les hématémèses. *The Lancet,* août 1933.

TURBIN (R.). — Sur les hémorragies intestinales. *Progrès Médical,* 1926, p. 1174-1178.

WAGNER. — Diverticulite hémorragique du gros intestin. Thèse, Paris, 1936.

Bordeaux. — Imp. E. DROUILLARD, place de la Victoire, 3.